

미성년자 수술(시술) 동의서

1. 본인 (수술 받는 사람)

성명: _____ (인)

연락처: _____

생년월일: _____

주소: _____

2. 보호자 (법정대리인)

성명: _____ (인)

연락처: _____

환자와의관계: _____

생년월일: _____

주소: _____

3. 내용

1. 환자의 상태, 시행될 수술(시술), 마취의 성격과 효과, 발생할 수 있는 위험성 및 합병증에 대해서 충분한 설명을 들었으며, 상담 시와 수술(시술) 동의 시 자율적인 판단으로 방해할 요소가 없었음을 확인합니다.

2. 환자의 보호자로서 수술(시술)의 진행 과정에 대한 일체의 권한을 환자 본인에게 위임 하고, 주치의의 지시와 판단에 전적으로 협조할 것을 확인합니다.

3. 수술(시술) 동의서 작성 및 기타 수술(시술)을 받는 데에 필요한 모든 절차나 과정, 또는 필요한 서류에 서명/날인 하여 동의하는 권한 및 책임을 환자 본인에게 위임 합니다.

4. 이 문서가 본인 또는 법정대리인에게 충분히 설명되었으며, 허위 없이 기재되었음을 인정하며 법정대리인(보호자)의 서명 효력을 인정합니다.

첨부서류: 법정대리인(보호자) 신분증 사본, 가족관계증명서
환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.

날짜: _____

보호자: _____